



1 Identificação do reclamante:

Nome / Estabelecimento: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

2 Identificação do fornecedor do bem/ prestador de serviço:

Titular de AIM / Laboratório: _____

Distribuidor por grosso de medicamentos de uso humano: _____

Farmácia (s): _____

Local de venda de MNSRM: _____

3 Identificação do medicamento em falta:

Nome / DCI: _____

Dosagem: _____

Forma farmacêutica: _____

Apresentação: _____

Data: _____

Observações:

Nota: Anexar os documentos que se entendam necessários